

Consentimiento para Gestión de Peso y Medicamentos GLP-1

Cuestionario de admisión y consentimiento informado para la gestión de peso supervisada médicamente con medicamentos GLP-1 y GIP como semaglutida y tirzepatida

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Salud y Objetivos

Peso actual *

Altura *

Peso objetivo

¿Qué ha intentado antes?

- ☐ Dieta / seguimiento de calorías
- ☐ Programa de ejercicio
- ☐ Medicamento GLP-1 (Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound)
- ☐ Fentermina u otro supresor del apetito
- ☐ Cirugía bariátrica
- ☐ Nada aún

Si ha usado un medicamento GLP-1 antes: ¿cuál, qué dosis, por cuánto tiempo y qué efectos secundarios?

Evaluación Médica

¿Está embarazada, planificando un embarazo en los próximos 2 meses o en período de lactancia? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Usted o un pariente consanguíneo tienen antecedentes de carcinoma medular de tiroides o síndrome MEN 2? *

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido pancreatitis alguna vez? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene enfermedad de la vesícula biliar o cálculos biliares? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene enfermedad renal? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene gastroparesia o reflujo severo? *

☐ Sí ☐ No

¿Toma insulina o una sulfonilurea (p. ej., glipizida)? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene antecedentes de un trastorno alimentario? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene retinopatía diabética? *

☐ Sí ☐ No

Medicamentos actuales y suplementos

Alergias

¿Tiene otras condiciones médicas o cirugías recientes?

Riesgos y Complicaciones

Efectos secundarios comunes: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, apetito reducido, fatiga, reacciones en el sitio de inyección. Estos suelen ser más fuertes al iniciar o aumentar la dosis.

Riesgos graves:

- Pancreatitis — dolor abdominal severo que no desaparece debe reportarse inmediatamente
- Problemas de la vesícula biliar, incluyendo cálculos biliares
- Lesión renal por deshidratación después de vómitos o diarrea
- Bajo nivel de azúcar en la sangre, especialmente con insulina o sulfonilureas
- Tumores de células C de la tiroides observados en estudios en animales (advertencia recuadrada) — no usar con antecedentes personales o familiares de carcinoma medular de tiroides o MEN 2
- Vaciado gástrico lento — informe a cualquier anestesiólogo que toma este medicamento antes de un procedimiento
- Pérdida de masa muscular sin proteína adecuada y ejercicio de resistencia

La recuperación del peso es común después de dejar de tomar el medicamento. El medicamento es solo una parte de un programa que incluye nutrición, actividad y seguimiento.

Entiendo la advertencia recuadrada de tumores de tiroides y los riesgos de pancreatitis, enfermedad de la vesícula biliar, lesión renal y bajo nivel de azúcar en la sangre, y dejaré de tomar el medicamento y buscaré atención si desarrollo dolor abdominal severo, vómitos persistentes o signos de una reacción alérgica.

Entiendo la advertencia recuadrada y los riesgos graves: _____

Entiendo que los resultados varían, que el peso puede regresar después de dejar de tomar el medicamento, y que debo asistir a las visitas de seguimiento, reportar efectos secundarios y usar anticoncepción efectiva si es aplicable.

Entiendo que los resultados varían y requieren seguimiento: _____

Acuerdo del Programa

Entiendo cuál medicamento me prescriben, si es un producto de marca o compuesto, y que los medicamentos compuestos no están aprobados por la FDA, son preparados por una farmacia licenciada y pueden diferir en potencia o formulación.

Entiendo la fuente del medicamento: _____

Confirmando que la información médica que he proporcionado es completa y precisa y notificaré al proveedor de cualquier cambio, incluyendo un nuevo embarazo.

Mis respuestas son completas y veraces: _____

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Peso	Medicamento / Dosis	Notas / Efectos secundarios
Entrada 1				
Entrada 2				

	Fecha	Peso	Medicamento / Dosis	Notas / Efectos secundarios
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento voluntario para participar en un programa de gestión de peso supervisado médicamente que puede incluir medicamento agonista del receptor de GLP-1 o GIP/GLP-1. He sido informado sobre los beneficios, riesgos, alternativas (incluyendo programas de estilo de vida y otros medicamentos) y la necesidad de monitoreo continuo. Entiendo que no se ha garantizado ningún resultado específico. Libero al proveedor y la práctica de responsabilidad relacionada con este programa excepto en casos de negligencia.

Confirmo que he leído y entiendo la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.